

**Violences sexuelles à l'hôpital Donka (Guinée) /
Victims of sexual violence at Donka hospital (Guinea)****DIALLO Thierno Mamadou Chérif¹, DIALLO Sory³, DIALLO Mamadou Hady²,
ABOKI Farel¹, CISSE Moussa³.**

Soumis à publication le 26 août 2020 -

Accepté pour publication le 14 avril 2021

RÉSUMÉ

Introduction. L'objectif de ce travail était de déterminer la prévalence, le profil épidémiologique et clinique des victimes de violences sexuelles prises en charge au Centre Hospitalo-universitaire de Donka.

Méthodes. Il s'agissait d'une étude rétrospective de type descriptif qui s'est déroulée du 01 Janvier 2015 au 31 Décembre 2017 à l'unité de médecine légale.

Résultats. Sur un total de 1937 cas constituant l'ensemble des consultations en victimologie, 16% étaient des cas de violence sexuelle. L'âge moyen des victimes était de 8 ans avec des extrêmes de 5 et 56 ans et un écart type de 10,79. Dans la majorité des cas, l'agresseur était connu de la victime mais ne faisait pas partie de l'entourage familial direct (52,6%). Les victimes ont consulté majoritairement au cours des 5 premiers jours (55,8%) avec des extrêmes de 8 heures et 30 jours. Il s'agissait dans la majorité des cas des déflorations anciennes (54,2%).

Conclusion : Nos résultats ne sauraient refléter exactement l'ampleur du phénomène car la majorité des victimes préfère pour une raison ou une autre taire leur drame.

MOTS CLÉS :

-Violences
-Sexuelles
-Epidémiologie
-Guinée.

11Revue Internationale des Sciences Médicales d'Abidjan - RISM -
Rev int sc méd Abj - RISM-2021;23,2:..... **ARTICLE ORIGINAL ORIGINAL ARTICLE****ABSTRACT**

Introduction. The objective of this work was to determine the prevalence, epidemiological and clinical profile of the victims of sexual violence treated at the Donka National Hospital of the Conakry University Hospital (Republic of Guinea).

Methods. This was a descriptive retrospective study that took place at the Forensic Medicine Unit of the Donka National Hospital of the University Hospital Center of Conakry. It ran from January 1st 2015 to December 31st 2017.

Results. Out of a total of 1937 cases constituting all consultations in victimology, 16% were sexual violence. The average age of the victims was 8 years with extremes of 5 and 56 years and a standard deviation of 10.79. In the majority of cases, the perpetrator was known to the victim but was not part of the direct family circle (52.6%). The victims consulted mainly during the first 5 days (55.8%) with extremes of 8 hours and 30 days. Most patients had traumatic hymenal lesions (85.4%). In the majority of cases, this was old deflowering (54.2%).

Conclusion. Our results can not accurately reflect the magnitude of the phenomenon because the majority of victims prefer for some reason or another their drama.

KEYWORDS:

-Violence
-Sexual
-Epidemiology
-Guinea.

1-Unité de médecine légale de l'hôpital national Donka, Conakry, Guinée.

2-Service de gynéco-obstétrique de l'hôpital national Donka, Conakry, Guinée.

3-Institut de Nutrition et Santé de l'Enfant (INSE) Donka.

Correspondance : DIALLO Thierno Mamadou Chérif - E-mail : drcherif2003@yahoo.fr

INTRODUCTION

Les violences sexuelles existent partout dans le monde et leur fréquence serait en augmentation^[1,2,3]. En France en 2002, en s'appuyant sur les seuls signalements qui ne traduisent qu'une petite partie de ce drame social, 5.900 enfants avaient été victimes de violences sexuelles^[4]. Dans les pays africains, ces violences sont en augmentation^[5,6,7]. Les violences sexuelles représentent un problème majeur de santé publique^[1] dont l'ampleur est difficile à apprécier même dans les pays occidentaux^[2,8].

Méthodes

L'unité de médecine légale de l'Hôpital National Donka a servi de cadre à la réalisation de ce travail. Il s'agissait d'une étude rétrospective de type descriptif portant sur 310 victimes de violence sexuelle vues en consultation de victimologie durant la période du 1^{er} janvier 2015 au 31 décembre 2017. Toutes les consultations ont été réalisées sur réquisition judiciaire. La prise en charge des victimes se fait tous les jours ouvrables de 08 heures à 17 heures. Notre service n'assure pas d'urgences médico-légales en fin de semaine c'est-à-dire le week-end. Les données ont été recueillies à partir des dossiers médico-légaux de l'unité de médecine légale.

Les paramètres étudiés étaient : l'âge, le sexe, la profession, le délai de consultation, le lien avec l'agresseur, le type de lésions, le siège des lésions, la présence de violence physiques associées ainsi que les anomalies au niveau de l'examen génital. Cette étude s'est limitée seulement aux données cliniques

De nombreux facteurs de risque de violences sexuelles ont déjà été identifiés : le fait d'être jeune, la consommation de toxiques, un antécédent de violences sexuelles, les partenaires multiples, la pauvreté^[1]. Les violences sexuelles ont de profondes répercussions sur la santé physique, mentale et sociale des victimes^[2,8]. Les objectifs de cette étude étaient de déterminer la prévalence des violences sexuelles à Conakry et de décrire le profil sociodémographique et clinique des victimes.

car les données para cliniques et psychologiques n'existaient pas dans les dossiers des victimes. Or la prise en charge psychologique est une nécessité impérieuse dans l'urgence, qui conditionnera la récupération de la victime à long terme^[9]. Le service de médecine légale de Donka est très étroit, surchargé, sous équipé et donc non adapté à ce genre de prise en charge. Toutes les victimes ayant consulté durant la période d'étude ont quand même bénéficié d'une évaluation de la situation et de l'orientation. Les raisons de l'interrogatoire et de la nécessité de l'examen clinique ont été clairement expliquées à la victime, afin que ceci ne constitue pas une seconde agression. Les déchirures de l'hymen sont définies comme une rupture de la membrane hyménale. Elles peuvent être en forme de « V » ou plus arrondies en forme de « U ». Leur interprétation nécessite la prise en compte de leur caractère récent ou ancien, de leur localisation sur l'hymen, de leur profondeur et enfin du stade pubertaire de la victime^[10] constitue pas une seconde agression.

RÉSULTATS

Fréquence

Durant la période d'étude, nous avons enregistré en consultation de victimologie 16 % de cas de violence sexuelle soit (310/1937).

Tableau I : Répartition des patients selon les caractéristiques sociodémographiques / *Distribution of patients according to socio-demographic characteristics.*

Paramètres	n	%
Tranche d'âges		
≤ 15 ans	162	52,2
16 à 25 ans	117	37,7
26-35 ans	25	8,1
36 à 45 ans	5	1,6
≥ 46 ans	1	0,3
Sexe		
Masculin	5	1,7
Féminin	305	98,3
Profession		
Elèves/étudiantes	243	78,3
Couturières/coiffeuses	17	5,5
Commerçante/marchandes	23	7,4
Femmes au foyer	27	8,8

Age moyen : 8ans Extrêmes : 5-56ans

La tranchée d'âge de 5-25 ans était la plus concernée (90%). Les victimes étaient principalement des élèves et étudiantes (78,3%). Le sexe féminin était représenté dans 98,3 % des cas.

Lien avec l'agresseur

Les agresseurs sexuels étaient connus des victimes dans 52,6 % des cas. Dans cette catégorie on retrouvait des amis (35,2%, n=109), des collègues (16,4%, n=51), des voisins (1%, n=3).

Dans 22,6% des cas (n=70), l'agresseur faisait partie de l'entourage familial direct de la victime. Dans les autres cas (24,8%, n=77), l'agresseur était inconnu de la victime. (Figure 1)

Délai de consultation

Près de 56 % (173/310) des victimes avaient consulté au cours des 5 premiers jours qui ont suivi l'agression contre 44,2 % (137/310) pour ceux ont consulté après le 5^{ème} jour de l'agression. Les délais extrêmes étaient de 08 heures et 30 jours.

Tableau III : Répartition des patients selon le type des lésions / *Distribution of patients by lesion type.*

Siège des lésions	Nature des lésions	n	%
Extra génital	Ecchymose / hématome des membres inférieurs + abdomen	11	3,6
	Excoriations des membres supérieurs, inférieurs + les seins	16	5,2
	Plaie linéaire des membres inférieurs	06	1,9
	Hématome du sphincter anal, fissures anales	03	0,9

Génitales	Excoriation / ecchymose / œdème vulvaire + rupture hyménale récente	38	12,3
	Déchirures périméales	02	0,6
	Rupture hyménale récente	59	19
	Rupture hyménale ancienne avec lésion vulvaire	16	5,2
	Rupture hyménale ancienne sans lésion vulvaire	12	3,9
Siège des lésions	Nature des lésions	n	%
Mixtes	Rupture hyménale ancienne avec excoriations et ecchymoses des membres inférieurs et supérieurs	69	22,2
	Déchirure périnéale + excoriation thoracique (seins) + rupture hyménale ancienne	09	2,9
	Hyperhémie vaginale + plaie linéaire aux membres inférieurs + excoriation des seins + rupture hyménale ancienne	33	10,6
	Ecchymose vulvaire + hématome thoracique + rupture hyménale ancienne.	29	9,4
Sans lésions		07	2,3

Les lésions extra génitales représentaient 11,6% contre 41% des lésions génitales et 47,4% des lésions mixtes.

DISCUSSION

Au cours de notre étude, Nous avons enregistré 16% de cas de violence sexuelle. Selon les données de la littérature, elles seraient comprises entre 1,5% et 55%^[2,6,11]. Ces violences sont en augmentation en Afrique comme le rapportent plusieurs auteurs^[5,6,12] et seraient parfois en rapport avec la démocratisation des réseaux sociaux^[2].

Du fait des multiples freins au dépistage des violences sexuelles, les données présentées dans cette étude ne peuvent rendre compte de toute l'ampleur du phénomène car le dépistage systématique serait aléatoire comme l'ont souligné d'autres auteurs africains^[3,8]. Concernant la répartition des victimes selon l'âge, nous avons constaté que

les enfants âgés de moins de 15 ans étaient les plus concernées (52,2 %) et l'âge moyen des victimes était de 8 ans avec des extrêmes allant de 5 à 56 ans. Cette tendance juvénile est confirmée par de multiples auteurs africains^[8,12,13] et internationaux^[2,14,15]. Hochart et al. avaient constaté dans leur étude que les très jeunes enfants et les bébés étaient aussi des victimes potentielles^[16]. Enfin il ne faut pas oublier qu'un certain nombre, très faible au demeurant, d'agressions sexuelles d'enfants se termine par un infanticide^[17]. Dans 98,3% (305/310), les victimes de notre étude étaient de sexe féminin (tableau I). Le même constat a été fait à travers la littérature^[8,14,18]. Les conflits armés avec leur corollaire de viol qui sévissent dans le monde, et en particulier en Afrique pourraient exacerber cette situation^[19].

Quant aux hommes, il semble que 4,6% de leur ensemble aient connus des abus de ce type avant l'âge de 18 ans^[20]. Une forte proportion des victimes de violence sexuelle dans notre étude étaient représenté par des élèves et étudiants (78,3%). En Zambie, l'étude menée par plan international avait observé qu'un tiers (1/3) des élèves âgés de 13 à 15ans avait subi un viol^[21]. Bah et al. en 2003 en Guinée ont rapporté une prévalence de 59,13% dans cette catégorie^[12]. Dans notre série, le faible taux retrouvé dans les professions dites «illettrées » (ménagères, marchandes, coiffeuses, couturières) s'expliquerait par les freins au dépistage (ignorance des droits, proximité de l'agresseur...). Nos résultats ont démontré que dans la majorité des cas, des liens existaient entre la victime et l'agresseur (75,2%). Ce lien était extrafamilial dans 52,6% et intrafamilial dans 22,6%. L'étude nationale américaine de prévalence d'agressions sexuelles intra-familiales sur les enfants entre 0 et 17 ans, évalue celle-ci à un taux 1,9% sur un an et de 5,7% sur l'ensemble^[22]. L'enquête finlandaise rapporte des taux pour les filles, de 2% avec le père et de 3,7% avec un beau-père^[23]. En France, les cas d'inceste constituent 20% des procès d'Assises, ils représentent 75% des situations d'agressions sexuelles sur enfants^[24] et plus de 57% des viols sur mineurs^[25]. Cette proximité relationnelle entre la victime et son agresseur pourrait ainsi contribuer à la complexité de la prise en charge de ce drame silencieux^[8].

Plus la victime est jeune, plus la probabilité est grande que l'auteur soit un membre de

sa famille ou un proche^[26]. Parmi les victimes que nous avons colligées, seulement 55,8% ont consulté les 5 premiers jours après les faits. Faye et al. dans leur série en 2008^[13] avaient trouvé que les patientes venaient consulter le plus souvent entre le 1^{er} et le 7^e jour (37,1%), alors que Cissé et al.^[8] avaient rapporté que 70% des victimes d'abus sexuels consultaient entre le 1^{er} et le 4^e jour. Ces délais de consultations restent élevés si on les compare à celui enregistré en France de l'ordre de 48heures^[27]. Ce long délai pourrait s'expliquer par le jeune âge des victimes qui ont tendance à cacher leur mésaventure^[8] d'une part, d'autre part par l'influence de l'environnement et les liens avec l'agresseur^[18,28]. Plus le délai de consultation est long, plus le diagnostic est difficile et la prise en charge aléatoire^[8,10]. Il semble important d'insister sur la nécessité de mettre en place en Afrique à l'instar des pays développés des structures spécialisées dans la prise en charge des violences sexuelles^[8]. Plus de la moitié des victimes (54,2%) présentait une défloration hyménéale ancienne. Nos résultats étaient superposables à ceux enregistrés dans d'autres séries africaines avec respectivement 49% pour Cisse et al. en 2015 et 54,5% pour Faye et al. en 2008 au Sénégal^[8,13]. L'analyse de nos résultats montrait que dans 31,2% des cas, il s'agissait de défloration récente. Ce résultat était supérieur à celui retrouvé dans la série de Traore et al. (13,48%)^[29], mais inférieur à ceux des séries européennes. En effet, Daligaud^[30], et Marsaud^[31] avaient fait état respectivement de 66% et 60% de lésions hyménéales récentes. Pour expliquer cette différence, on peut émettre l'hypothèse selon laquelle le délai de consultation était plus long dans notre contexte comparé aux pays développés. Chez 14,6% des victimes, il n'y avait pas de défloration hyménéale. Cisse et al. en 2015 rapportent dans leur étude que dans 34% des cas l'hymen était intact^[8], alors que Traore et al. en 2010 avait noté que dans 8 cas sur 10 il n'y avait aucune lésion hyménéale à l'admission^[29].

Ce taux relativement élevé pourrait s'expliquer par 2 hypothèses : soit une perception de pénétration sans pénétration réelle d'une part, soit la possibilité d'un hymen soit apparemment intact malgré la pénétration^[32]. Ceci peut s'expliquer soit par les phénomènes de cicatrisation qui peuvent faire disparaître les lésions minimales (surtout chez les enfants pré pubères)^[33], soit par l'éventualité d'hymens dits « dilatables » chez les adolescentes et les jeunes femmes. Ces hymens autorisent une pénétration sans rupture jusqu'à un certain diamètre^[34].

On peut enfin avancer l'hypothèse de l'élasticité de l'hymen. Cette élasticité augmenterait avec l'âge des patientes et expliquerait l'absence de lésions hyménéales malgré l'acte de pénétration^[35].

Pour ce qui concerne les violences physiques, dans 11,6% des cas il s'agissait de lésions corporelles à type d'excoriations, d'ecchymoses, d'hématomes ou de plaies siégeant aux membres ou à la poitrine en l'absence de toute lésions génitales ou péri-génitales (tableau III). Nos résultats étaient inférieurs à ceux de Chariot *et al.* et de Kolopp *et al.* qui ont observé respectivement 32% et 36,8% de lésions physiques isolées sans lésions génitales ou péri-génitales^[18,28]. Dans 2,3%

des cas, aucune lésion n'était constatée, qu'elle soit génitale ou extra-génitale. La présence de lésions génitales ne doit pas être requise pour valider une agression sexuelle, en particulier dans les cas d'absence de lésions corporelles autres^[2].

Dans 43,3%, aucune violence physique autre que l'agression sexuelle elle-même n'était simultanément exercée, ce qui ne devrait pas remettre en question la réalité de l'agression^[18]. Les menaces avec arme ou seulement verbales et l'existence de réaction de sidération peuvent en être la cause.

CONCLUSION

Les violences sexuelles sont fréquentes et cette fréquence est en augmentation. Les freins aux dépistages sont multiples et variés et sont pour l'essentiel en rapport avec le jeune âge des victimes et le contexte de survenu. Ces freins expliquent les difficultés liées au diagnostic. Ainsi se passe sous silence un drame aux conséquences

sanitaires multiples et à l'impact certain sur le développement socio-économique de nos états aux économies fragiles. La mise en place dans nos états de centres de prise en charge multidisciplinaires pourrait contribuer à améliorer l'avenir des victimes.

RÉFÉRENCES

- 1- Organisation Mondiale de la Santé (OMS).** Rapport mondial sur la violence et la santé. Genève : OMS ; 2002.
- 2- Niort F, Delteil C, Capasso F, Torrents R, Leonetti G, Piercecchi-Marti M-D.** Étude rétrospective épidémiologique sur 10 ans des victimes de viols reçues en consultation à l'Institut médico-légal de Marseille, CHU de Timone. Analyse de 592 cas de victime de viol. La revue de médecine légale. 2014 ; 5 : 62-69. [Doi : 10.1016/j.medleg.2014.06.001]
- 3-Bajos N, Bozon M, Prudhomme A.** Les agressions sexuelles en France : résignation, réprobation, révolte. Paris : INED ; 2008 : 381-407.
- 4-Observatoire National de l'Action Sociale Décentralisée.** Protection de l'enfance : Une plus grande vulnérabilité des familles, une meilleure coordination des acteurs. La lettre de l'ODAS ; 2007.
- 5- N'guessan K, Bokossa M, Boni S, Koné N, Bohoussou K.** La violence sexuelle chez la femme, une réalité africaine. Médecine d'Afrique Noire. 2004 ; 51(5) : 306-310.
- 6-Cisse C, Niang M, Sy A, Faye A, Moreau JC.** Aspects épidémiologiques, juridiques et coût de la prise en charge des abus sexuels chez les mineurs à Dakar, Sénégal. Journal de Gynécologie-Obstétrique et Biologie de la Reproduction 2015 ; 44 : 825-831. [Doi : 10.1016/j.jgyn.2014.10.010]
- 7-Guillet-May F, Thiebaugeorges O.** Le médecin face aux agressions sexuelles et au viol Sexual assault and rape are forensic and psychological emergencies. EMC-Médecine 2 2005;13-23
- 8- Blanc A, Savall F, Dedouit F, Telmon N.** Victimes féminines mineures d'agressions sexuelles: guide pratique pour l'examen et l'interprétation des lésions génitales. Gynéco Obstétrique & Fertilité. 2014 ; 42 : 849-855. [Doi. org/10.1016/j.gyobfe.2014.10.003]
- 9-Denis C, Paret C, Chariot P.** Accueil en médecine légale des adolescents et adultes victimes de violences sexuelles ou de violences dans le couple n'ayant pas déposé plainte – étude observationnelle en Seine-Saint-Denis. Presse Med 2017 ; xx (x) : 1-8. [Doi : 10.1016/j.lpm.2017.05.038]
- 10-Bah H, Mbaye I, Baldé S, Sow ML.** Agressions sexuelles chez l'enfant à Conakry : Aspects médico-légaux à propos de 115 cas. Guinée médicale 2003 ; 40 : 5-10.
- 11-Faye Dieme M, Traore A, Gueye S, Moreira P, Diouf A, Moreau JC.** Profil épidémiologique et prise en charge des victimes d'abus sexuels à la clinique gynécologique et obstétricale du CHU de Dakar. Journal de Gynécologie-Obstétrique et Biologie de la Reproduction. 2008 ; 37 : 358-364. [Doi: 10.1016/j.jgyn.2007.11.002]

- 12-Grossin C, Sybille I, Grandmaison G, BanasrA, Brion F, Durigon M.** Analysis of 418 cases of sexual assault. *Forensic science International* 2003; 131: 125-130.
- 13-Ingemann-Hansen O, Sabroe S, Brink M, Knudsen M, Charles AV.** Characteristics of victims and assaults of sexual violence – improving inquiries and prevention. *Journal of Forensic and Legal Medicine*.2009 ;16 :182-188. [Doi: 10.1016/j.jflm.2008.07.004]
- 14-Hochart F, Roussel A.** L'hôpital face à l'enfance maltraitée, Paris, Éd. Karthala, cité par Manciaux M., Gabel M., Girodet D, Mignot C, Rouyer M. (1997) : *Enfances en danger*, Paris, Éd. leurus, 773 p., p. 163-164.
- 15-Hargrave DR, Warner DP.** «A study of child homicide over two decades», *Med. Sci. Law*, Jul.,1992; 32 (3), pp. 247-250.
- 16- Chariot P, Scius M, Lorin A-S, Belmenouar O, Tedlaouti M, Boraud C.** Violences sexuelles : examen médical des victimes ayant déposé plainte en 2009 en Seine-Saint-Denis (France). *BEH*.2010 ; 40-41 : 418-420.
- 17-Bouhet B, Pérard D, Zorman M.** « De l'importance des abus sexuels en France », in *Les enfants victimes d'abus sexuels*, ssdir. M. Gabel, Paris, Éd. PUF 19992, 285 p., pp. 37-53.
- 18- Plan International.** Apprendre sans peur : campagne mondiale. Ed. Plan Limited. 2008 ; 22-33.
- 19- Finkelhor D, Moore D, Hamby S. L., Straus MA.** «Sexually abused children in a national survey of parents: methodological issues», *Child Abuse Negl* 1997, Jan., 21 (1), pp. 1-9.
- 20- Sariola H, Uutela A.** «The prevalence and context of incest abuse in Finland», *Child Abuse Negle*. 1996Sep ; 20 (9), pp. 843-850.
- 21-SNATEM (1999) :** Rapport d'activité, 63, bd Bessières, Paris.
- 22-Collectif Féministe Contre le Viol (CFCV)** 1986-2000 : Bilans d'activités de 1986 à 2000, Paris.
- 23-Nguma A.** Etude multicentrique des cas de viol des personnes de sexe féminin reçues dans les hôpitaux de Kinshasa.6e congrès de la SAGO, Burkina, 4-8 Décembre 2000, Livre des résumés.
- 24- Barret P.** Agressions sexuelles. Paris : Mise à jour CNGOF. 2004 ; 275-81.
- 25-Kolopp M, Delbaere-Crespo E, Lecossec C, Guillet-May F, Coudane H, Martrille L.** Examen médico-légal des victimes d'agression sexuelle : caractéristiques et liens avec les suites judiciaires. *Gynécologie Obstétrique Fertilité & Sénologie* 2017 ; xxx : 1-6.[Doi : 10.1016/j.gofs.2017.01.006]
- 26-Traore Y, Mounkoro N, Tiguate I, Djire M-Y, Diallo A, Bakayoko M, Sissoko A, Dolo T, Dolo A.** Aspects cliniques et médico-légaux des agressions sexuelles au CHU GABRIEL TOURE. *Mali médical*. 2010 ; XXV (3) : 27-30.
- 27-Daligaud L, Gonin B.** Les violences sexuelles. *J Androl* 1999 ; 9 :519-27.
- 28-Marsaud O.** Les viols, plaies des écoles sud-africaines. Ed. OMS. 2001; 222-30.
- 29-Berenson AB, Chacko MR, Wiemann CM, MishawCO, Friedrich WN, Grady JJ.** A case-control study of anatomic changes resulting from sexual abuse. *Am J ObstetGynecol* 2000;
- 30-Heppenstall-Heger A, McConnell G, Ticson L, Guerra L, Lister J, Zaragoza T.** Healing patterns in anogenital injuries: a longitudinal study of injuries associated with sexual abuse, accidental injuries, or genital surgery in the preadolescent child. *Pediatrics*.2003; 112:829-37.
- 31-Adams JA, Botash AS, Kellogg N.** Differences in hymenal morphology between adolescent girls with and without a history of consensual sexual intercourse. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2004; 158:280-5.
- 32-Adams JA, Harper K, Knudson S, Revilla J.** Examination findings in legally confirmed child sexual abuse: it's normal to be normal. *Pediatrics*1994; 94: 310-7.